

(※表紙を付けずにこのまま送信してください)

年 月 日

香川県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業（ピアサポーターの派遣）申込書

貴機関名	
担当部署名	
担当者名	
連絡先	(〒) 住所
	TEL. () - FAX. () -
	e-mail : @
希望日	① 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	② 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	③ 月 日 () <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
※お手数ですが、第3希望までご記入ください。ご希望に添えない場合は日時の調整をさせていただきますので、予めご了承ください。	
依頼内容	①ピアサポーターによる個別支援 内容：
	②ピアサポーターによる体験談の発表等 内容：
	③その他 内容：
備考	

(注) 対象は、高松市、三木町、直島町にある精神障がい者を支援しているすべての団体または、個人となりますが、それ以外でも相談に応じます。